Cámara de Representantes

XLVIII Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 324 de 2015

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

FEDERACIÓN MÉDICA DEL INTERIOR (FEMI)

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 11 de noviembre de 2015

(Sin corregir)

Preside:	Señor Representante Luis Gallo Cantera.
Miembros:	Señores Representantes Walter De León, Martín Lema Perreta y Mabel Quintela.
Delegados de Sector:	Señores Representantes Romina Napiloti y Juan Federico Ruiz.
Invitados:	Por FEMI, doctores José Pedro Ibargoyen, Presidente; Gustavo Burgui, Marta Moraes y Gerardo Contreras.
Secretaria:	Señora Myriam Lima.
Prosecretaria:	Señora Viviana Calcagno.

═══════II═══════

SEÑOR PRESIDENTE (Gallo Cantera).- La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social da la bienvenida a la delegación del Comité Ejecutivo de FEMI, integrada por su presidente, doctor José Pedro Ibargoyen, la doctora Marta Moraes y los doctores Gustavo Burghi y Gerardo Contreras.

SEÑOR IBARGOYEN (José Pedro).- Como presidente de la Federación Médica del Interior quiero agradecer especialmente a esta Comisión por aceptar nuestra solicitud de audiencia, ya que queremos exponer la grave situación que están viviendo los médicos del interior en cuanto a su representación gremial en los distintos ámbitos de negociación, tanto del sector público como del privado.

En realidad, la gravedad de la situación está dada por la imposiblidad -a la que estamos sometidos- de ser representados directa y legítimamente en lo que son nuestros derechos, nuestras necesidades y en la defensa de nuestros logros, obtenidos en casi cincuenta años de negociación colectiva y de vida de nuestra FEMI.

Tal como fue expresado, nuestra presencia en esta Comisión obedece al mandato de una asamblea gremial que contó con la participación de los veintidós gremios que integran nuestra Federación, y que se llevó a cabo el 19 de octubre. En dicha asamblea se planteó -dentro de las estrategias de comunicación y de denuncia de nuestra situación- la necesidad de que el Paramento, y esta Comisión en particular, estuvieran enterados de la situación que está viviendo nuestro gremio.

Esto responde a una actitud excluyente de las autoridades del Sindicato Médico del Uruguay, que de esta manera han asumido la ignorancia de la representación de los gremios médicos coexistentes desde el año 1992 en las instancias de negociación colectiva, tanto en el ámbito privado como en el público. Esta situación -que para nosotros, además de inédita, es muy dolorosa- responde a una visión hegemónica y centralista del manejo de la representación gremial y ha sido reiterada en múltiples ámbitos, por lo que corresponde que el Parlamento, a través de esta Comisión, también conozca los hechos y nuestra visión gremial.

Por otro lado, sabemos que los señores diputados conocen la historia de los cincuenta años de FEMI, pero creemos que es importante resaltar algunos hitos o aspectos para centrarnos en la situación.

Los primeros gremios médicos del interior fueron fundados en la década del treinta: en 1930 en Salto, en 1932 en Artigas, y a partir de ahí se fueron constituyendo distintas agrupaciones de médicos en el interior del país para dar respuesta a las necesidades asistenciales de la población. Asimismo, en el año 1966 -estamos por cumplir cincuenta años- dichos gremios se nuclearon en la Federación Médica del Interior y, de acuerdo con la legislación de entonces, eran los encargados de desarrollar la asistencia médica de la población.

Posteriormente, a la salida de la dictadura, el Parlamento determinó que esas funciones eran incompatibles, por lo que los veintidós gremios se separaron, absoluta y totalmente, de las instituciones que nacieron de ese tronco común. Por lo tanto, desde el año 1985, en el interior hay veintidós gremios -reitero, van a cumplir casi cincuenta años- y veintitrés instituciones -aunque ahora son veintidós- de asistencia médica colectiva, que de manera descentralizada, en cada uno de los departamentos. tienen funciones, regulaciones y estatutos absolutamente independientes.

Por lo tanto, en este momento, tenemos una representación a nivel de los Consejos de Salarios -por precisar el hecho más reciente-, que es lo que nosotros consideramos más grave en cuanto al quiebre en la representación. La ley admite que las instituciones

de asistencia médica colectiva se nucleen en cámaras y, de acuerdo con el número de afiliados, obtengan su representación. Por esta razón, las instituciones del interior se nuclearon en cámaras empresariales. Asimismo, si bien la ley establece que en el sector privado la representación gremial estará en manos del gremio más representativo -aunque lo determina sin especificar con qué criterio se va a definir-, históricamente, esto se llevó a cabo en forma conjunta entre los tres gremios médicos existentes, es decir, Sindicato Médico del Uruguay, Federación Médica del Interior y Sociedades Anestésico Quirúrgicas.

Sin embargo, en esta instancia, y por una decisión unilateral, el Sindicato Médico del Uruguay asumió, de manera inconsulta, la representación en ese ámbito. Además, llevó adelante planteos que, como dije, no fueron consultados, y que en algunos aspectos perjudican directamente la situación laboral de los médicos del interior.

¿A qué me refiero con esto? Puntualmente, me refiero al planteo, realizado por escrito, que apunta a que a partir del mes de julio de este año -fecha en que finalizó el convenio anterior-, en el interior se apliquen los laudos del SMU.

Como es sabido -si no es así, lo podemos aclarar, ya que tenemos documentación que lo acredita-, desde la separación de los laudos, en 1992, en reconocimiento a las distintas situaciones asistenciales, a la tarea de los recursos humanos, geográficos y de distinta dimensión, la Federación Médica del Interior, a partir sus gremios, desarrolló su propio laudo, el que tiene como característica especial una mayor extensión horaria en el trabajo médico, lo que combate el multiempleo, ya que en el interior eso no existe debido a que hay una institución asistencial privada y el hospital público. Además, se creó la figura de doble función simultánea; de esta manera, los médicos pueden extender su carga laboral en una misma institución y realizar más de una función dentro de la misma especialidad. Asimismo, se creó la figura del médico rural y de pequeñas comunidades, ya que en el interior del país, entre ciudades secundarias, villas, pueblos y centros poblados hay más de cuatrocientas localidades, en las que están radicados los médicos agremiados a FEMI. Además, se le dio un protagonismo mucho mayor al sueldo base médico, el que actualmente duplica el sueldo base del Sindicato Médico del Uruguay.

Todas estas características -que fueron planteadas entre 1992 y 1993- respondían, y siguen haciéndolo, a las necesidades de los médicos y a la realidad asistencial del interior. En ese sentido, si prestamos atención podremos observar que las políticas de salud impulsadas por el actual ministro de Salud Pública, que impulsan los cargos de alta dedicación, precisamente, van en esta línea, es decir, aumentar la carga horaria, afianzar a los médicos en sus instituciones. Sin duda, ese es el espíritu de nuestro laudo que pretende ser sustituido por un laudo montevideano que -como ustedes saben– tiene una predominancia muy alta del acto médico en su remuneración, y no solo del anestésico quirúrgico, sino también de las funciones médicas del laudo del SMU. Además, las cargas horarias máximas que se admiten para cada médico son realmente muy acotadas debido a que la disponibilidad de fuentes de trabajo es mucho mayor.

Por otro lado, los más de tres mil doscientos médicos que están nucleados en nuestros gremios también son la principal fuente de recursos humanos médicos en los hospitales públicos del interior, en donde la situación asistencial y sanitaria es absolutamente distinta a la de Montevideo. No podemos imaginar la situación asistencial -por las diferentes dimensiones y realidades- que viven los grandes hospitales de Montevideo, que son centros de referencia, si tomamos en cuenta la heterogeneidad de realidades que se ven en el interior, tanto en los hospitales de las capitales departamentales -algunos de los cuales también son centros de referencia- como en los centros auxiliares de las distintas ciudades.

Como dijimos, esta situación -que es inédita- nos duele, y la lamentamos mucho, porque FEMI y el SMU tienen una larga historia de trabajo en conjunto, cimentada en principios comunes, en la defensa de los mismos principios, ya que durante la dictadura los médicos agremiados fueron perseguidos y por esa razón nuestro primer y segundo presidente, lamentablemente, fallecieron en el exilio. Además, estos dos gremios, en forma conjunta, crearon los respectivos tribunales de ética que juzgaron a los médicos que participaron en actos de tortura y los expulsaron de sus filas. Asimismo, hoy conservan, en un *cofre fort* común, los documentos de la actuación de aquellos tribunales de ética que funcionaron en la década del ochenta.

Por lo tanto, en este momento, nos encontramos con un Sindicato Médico del Uruguay que no solo ignora a la FEMI sino que, además, con sus decisiones, ataca los logros obtenidos por nuestra Federación y su buen funcionamiento. Sin duda, esto se refleja en lo referente a las propuestas salariales, ya que de acuerdo con datos oficiales del Ministerio de Salud Pública -que fueron publicados recientemente en la prensa- en todas las áreas asistenciales -especialidades básicas, especialidades médicas y anestésico quirúrgicas-, los salarios promedios que se pagan a los médicos en el interior son entre un 9% y un 38% por encima de los salarios promedio que se pagan en Montevideo.

Está claro que existe una mala distribución de la masa salarial en un núcleo muy pequeño de trabajadores médicos, y que están centrados en Montevideo. De todos modos, cuando miramos el promedio observamos que nuestros datos coinciden absolutamente con los de los registros oficiales del Ministerio de Salud Pública. Es innegable que los salarios médicos promedio en el interior son mayores que los de Montevideo. Por lo tanto, es falso que la propuesta del laudo único vaya a ser un atrayente o una herramienta para resolver las carencias de recursos humanos.

Nosotros creemos que la aplicación de estructuras salariales propias de instituciones de 250.000 o 300.000 afiliados a estructuras asistenciales mucho más acotadas y pequeñas va a profundizar el problema de disponibilidad de recursos humanos que hoy se vive, especialmente, en el norte del Río Negro.

Por otro lado, fue atacada nuestra principal herramienta de desarrollo médico continuo, ya que en el año 2007, en forma conjunta, el Sindicato Médico del Uruguay y FEMI acordaron que todas las instituciones iban a aportar una partida fija para el desarrollo de la educación médica continua. Por lo tanto, desde aquel entonces las instituciones de FEMI volcaron los recursos establecidos en ese acuerdo para que se pudieran desarrollar instancias que permitieran realizar post grados de gestión, cursos de capacitación, se formaran recursos humanos en todas las áreas, financiadas por esos recursos. En esta instancia -y sin la participación de los demás gremios-, el Sindicato Médico del Uruguay propone y obtiene la administración absoluta y única de esos recursos, lo cual perjudica el desarrollo profesional médico continuo en el interior, la descentralización y, además, convalida una situación irregular de administración. Si uno mira el acuerdo, se reconoce que existieron carencias en la administración de los recursos en Montevideo, mientras que la FEMI no solo puede presentar sus cuentas absolutamente claras de la gestión de esos recursos sino múltiples actividades volcadas hacia los médicos.

A nivel de ASSE, consideramos que el problema es peor porque no existe una estructura legislativa limitante de la representación, como sucede en el consejo de salarios del sector privado. En el sector privado es claro que la representación de los trabajadores se determina solamente para el gremio más representativo, con un vacío en la descripción de esa representatividad. Sin embargo, esa limitación no existe en ASSE y

tampoco el Sindicato Médico del Uruguay permitió que los médicos del interior pudieran proponer la visión propia de sus realidades: de sus hospitales, de sus recursos humanos y de sus condiciones de trabajo. Por ejemplo, tratar de proponer o impulsar cargos de alta dedicación en psiquiatría a nivel de ASSE -en la mayoría del interior existen no más de dos o tres psiquiatras y cuando ya están desarrollados estos cargos a nivel de las instituciones privadas- es una clara muestra del desconocimiento de la realidad y de cómo todo el esfuerzo de propuestas no acordes a las situaciones y a las necesidades que se plantean pueden llegar a perjudicar.

Es por eso que estamos muy preocupados y percibimos un futuro con sombras en la materia de participación a título propio y, por lo tanto, la pérdida de muchos derechos. Nuestros gremios tienen una representación que orgullosamente podemos decir que es mucho mayor que la de los médicos de Montevideo y podemos demostrarlo en los porcentajes de participación de nuestras elecciones, en las instancias de participación del Colegio Médico del Uruguay, con elecciones obligatorias y secretas. Claramente, los porcentajes de participación de los médicos del interior del país son mucho mayores y eso demuestra el interés por ser reconocidos en sus necesidades, en momentos en que el sector sindical se encuentra con profundos problemas de integración.

Nosotros estamos realizando estas denuncias en todos los ámbitos en los que se nos da espacio, lo cual agradecemos una vez más. Es el mandato de nuestra historia, es el mandato de nuestros médicos participar de los gremios y es el mandato de nuestras asambleas votar por unanimidad la defensa de nuestros derechos. Nuestra identidad, nuestra historia y nuestros logros nos demostraron que la negociación, el diálogo y las propuestas son las herramientas para obtener los mejores resultados. No descartamos de ninguna manera tomar medidas pero, claramente, nos separamos de otros gremios que plantean medidas de lucha con una magnitud que nosotros no compartimos pero que, frente a las autoridades de gobierno, lamentablemente, parecen tener más éxito que las nuestras.

Esto, además, generó un deterioro de la profesión del médico frente a la sociedad. Estos enfrentamientos públicos y estas salidas de prensa con decisiones judiciales entre dirigentes de los gremios nos hacen mal a los médicos y al sistema. Todos sabemos que cualquier sistema requiere de sus recursos humanos trabajando en forma conjunta para garantizar los derechos de los trabajadores y los beneficios de los usuarios.

En tal sentido, pedimos a la Comisión su participación en el reconocimiento de nuestros derechos. Creemos que el protagonismo de FEMI en el Sistema Nacional Integrado de Salud -que respaldamos en todos sus paradigmas; existen múltiples hechos que lo demuestran- no puede verse debilitado. Consideramos que el debilitamiento de los gremios médicos del interior, de su representación, y la visión de la situación asistencial geográfica y epidemiológica del interior, de alguna manera, va a debilitar fuertemente lo que se pudo progresar en el sistema.

Por lo tanto, nos ponemos a disposición para que los datos que nosotros tenemos y nuestras propuestas en el sentido de fortalecer el sistema puedan ser evaluadas por todos los actores en forma conjunta, sin exclusiones. No nos vamos a quedar de brazos cruzados, si no se nos presentan las oportunidades. La historia registra una larga lucha sin claudicaciones de este gremio por muchas amenazas, siempre bajo el mismo signo: el centralismo. Todos sabemos que en los enfrentamientos que tuvo la FEMI -en su faz gremial y de representación-, el centralismo presentó distintas caras; hoy la tiene en la cara de algunos dirigentes de gremios con los cuales fuimos amigos y construimos muchas cosas juntos para el bien de todos los médicos, del país y del sistema. Sin duda, queremos recuperar esa condición.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que fue muy clara la exposición y las denuncias sobre una situación planteada por el SMU.

Me gustaría saber en qué etapa está la negociación, y si existe. ¿Cómo está el vínculo FEMI y Sindicato Médico del Uruguay? ¿Cómo está el vínculo FEMI y la Sociedad Anestésico Quirúrgica? ¿Cómo está el vínculo FEMI y Poder Ejecutivo, es decir, ASSE, Ministerio de Salud Pública y Ministerio de Trabajo y Seguridad Social?

SEÑOR IBARGOYEN (José Pedro).- Como decíamos, nuestra vocación de diálogo y de negociación es permanente.

En los cinco meses que llevamos de gestión en este Comité Ejecutivo mantuvimos múltiples contactos tanto con las autoridades del Ministerio de Salud Pública -con el señor ministro Basso- como con las de ASSE, a través de su presidenta, la doctora Susana Muñiz. En ambos institutos se reconoció que la aplicación de una hegemonía en la representación generaba problemas al sistema. Sin embargo, eso no pasó de las meras declaraciones y, lamentablemente, no vimos acciones para revertir la situación. Aparentemente, la supremacía del Sindicato Médico del Uruguay alcanza a la capacidad de decisión de estos jerarcas.

Con relación al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, si bien enviamos varias notas, no tuvimos mayores avances. Quiero resaltar que en ASSE no existe ninguna legislación que nos excluya; además, es obligación del Ministerio reconocer las representaciones minoritarias y evitar el avasallamiento por parte de ciertos gremios hacia otros.

Con respecto al Sindicato Médico del Uruguay, a solicitud e intermediación del señor ministro Basso, intentamos contactarnos como presidente de FEMI con el señor presidente del SMU, doctor Julio Trostchansky, pero no pudimos hacerlo, a pesar de que sabemos que se comprometió a dialogar cada vez que se presentara la oportunidad de convocar a los representantes de todos los gremios en una mesa común con el argumento falso -podemos demostrarlo- de que somos una representación asistencial institucional empresarial.

En definitiva, tuvimos muy buenas experiencias de acercamiento con las autoridades de la salud, fue prácticamente nula con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y nula con el señor presidente del Sindicato Médico del Uruguay. Eso nos consta porque integrantes minoritarios del Comité Ejecutivo del SMU nos dijeron que no se comparte la posición de excluir a otros gremios; de todos modos, la posición de los grupos mayoritarios del SMU parece que así lo impulsa.

Con el Sindicato Anestésico Quirúrgico tuvimos algunos contactos. Si bien compartimos algunos aspectos del reclamo, no estamos de acuerdo con la forma de llevarlos adelante en el sentido de la movilización. Tenemos una conciencia social del impacto que determinas medidas dan a nuestra población. Por lo tanto, hay algunos intereses comunes y ciertas diferencias de estrategias. Sin embargo, entre ambos gremios el diálogo es muy fluido y respetuoso.

SEÑOR BURGHI (Gustavo).- FEMI fue un pilar fundamental en la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud en el interior, algo reconocido por los dos últimos gobiernos y por el Ministerio actual. Esa implementación fue hecha con una colaboración muy grande de la Federación Médica; también destaco la apuesta a la mejora del desarrollo del SNIS.

Por tanto, creemos que la FEMI tiene credenciales suficientemente ganadas porque este aporte ha sido hacia el Sistema Nacional Integrado de Salud, no solo de los recursos

humanos de la Federación que trabaja en los hospitales sino también por la colaboración de forma permanente desde las asistenciales hacia la complementación solicitada por los ámbitos locales.

Entonces, reitero, las credenciales están ganadas como para tener una idoneidad en la representación.

Por otra parte, queremos dejar claro algo que es muy importante. No solamente está excluida la Federación Médica del Interior sino también el Sindicato Anestésico Quirúrgico, Fecomi y otras empresas del interior. Hay más de cinco mil médicos que están manifiestamente en contra de ser representados por el SMU. Por un momento, separemos lo que es el SMU del directorio actual o del comité ejecutivo, que tiene esta conducta porque pensamos que el SMU es mucho más que lo que parece por esta situación coyuntural que está sucediendo. El actual comité ejecutivo fue elegido por menos del 10% del padrón de los asociados. Creemos que acá habría que revisar un poco las leyes y analizar si hoy esto tiene aplicación. Estamos hablando de cinco mil médicos que no quieren ser representados por el SMU y de un grupo que tiene alrededor de mil votos, que está llevando adelante la voz de aquellos colegas que no se sienten representados. Pensamos que esto es muy importante. Reitero que la FEMI tiene credenciales que ha ganado en cincuenta años, que las mantiene actualmente colaborando y desarrollando la medicina en el interior del país, además de tener la credencial por ser mayores de edad y por poder decir lo que pensamos en cuanto a cómo debemos ser representados en los ámbitos de discusión, tanto a nivel público como privado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Como todos sabrán, esta comisión está integrada por médicos y, también, por diputados que no lo son. Entonces, a los efectos de poder ilustrarlos, nos gustaría saber de qué comisiones fueron excluidos, además del Consejo de Salarios como tal o la CAM. Quisiéramos conocer en qué se ve afectada la Federación Médica del Interior a los efectos de que todos podamos entender de qué estamos hablando.

SEÑOR IBARGOYEN (José Pedro).- Existen múltiples comisiones e instancias en las cuales se acuerdan condiciones de trabajo, remuneraciones y financiación por parte del sistema. Por ejemplo, el Consejo de Salarios es lo más notorio pues se reúne en forma periódica a partir de los cinco años y ahora cada tres. En el anterior Consejo de Salarios se creó la comisión asesora multipartita -CAM-, que tiene como cometido el desarrollo de los cargos de alta dedicación que son una estructura laboral nueva, innovadora dentro del sistema, que pretende perseguir aquellos principios que remarcamos sobre el laudo FEMI, o sea, una dedicación más exclusiva en una sola institución, una carga laboral longitudinal más prolongada, atentando contra el multiempleo y una retribución en forma similar. Estos cargos fueron pensados inicialmente por las autoridades y por quienes lo impulsamos desde las convenciones médicas donde la FEMI tiene una rica participación y, también, desde el propio Consejo de Salarios anterior. La finalidad fue dirigir, como un paradigma, la priorización del primer nivel de atención. Se trata de cargos que están pensados y que se pueden desarrollar en el primer nivel de atención de manera bastante uniforme en todas las instituciones del país. El problema es que cuando asume la única representación de los trabajadores, el Sindicato Médico del Uruguay se empieza a plantear cargos de alta dedicación que son a la carta de instituciones de Montevideo como, por ejemplo, jefaturas de servicio -realidad que no existe en el interior-, cargos de alta dedicación para emergencias, lo que es una contradicción contra el mismo cargo -precisamente si hay un médico que no puede tener alta dedicación es el emergencista-, y especialidades médicas para las que no existen recursos humanos. Con un médico se puede cubrir un cargo de alta dedicación en esta

institución pero necesito otro médico para poder aplicarlo en otra. Estoy hablando de una institución mutual del interior, de FEMI, y del hospital. Si promuevo cargos de alta dedicación en especialidades donde no tengo recursos humanos, en lugar de una complementación, que es el espíritu del sistema, se producirá una competencia por esos recursos humanos y, en definitiva, una de las dos patas quedará renga y uno de los dos sectores de la población sufrirá carencias asistenciales.

En el último Consejo de Salarios se creó una comisión que pretende desarrollar el concepto de laudo único médico -concepto que no rechazamos- ; esto queremos dejarlo claro y está descripto en muchas asambleas y plenarios de nuestra federación desde hace mucho tiempo. A nuestro entender, el concepto de laudo único tiene que tomar los mejores elementos de remuneración y de condiciones de trabajo de cada uno de los laudos vigentes.

Una vez más, ratificamos nuestra visión de que las descripciones laborales que existen en el laudo FEMI como, por ejemplo, mayor extensión horaria -disculpen que reitere todo esto pero es uno de los principios que, según nuestro concepto y el del Ministerio de Salud Pública, deben regir el trabajo médico-, doble función simultánea de manera que los médicos de una misma especialidad puedan cumplir distintas funciones.

Por otra parte, habría que analizar la descripción de los cargos rurales. El laudo de Montevideo no tiene descripción de cargos rurales y no se reconocen las distintas realidades, pues hay poblaciones de menos de mil quinientos habitantes y capitales departamentales que, en el mejor de los casos, son de ciento diez mil habitantes y, por lo tanto, tienen instituciones y hospitales de similares dimensiones con realidades distintas.

Asimismo, el laudo del SMU no tiene descriptas funciones anestésico- quirúrgicas porque no existen desde 1992 ya que esa representación y esa descripción fue tomada en aquel entonces por la SAQ y mantenida hasta ahora con un criterio absolutamente montevideano. El acto médico está priorizado desde el año 1993 a través de los copagos, tiques y órdenes. De allí que las instituciones de Montevideo podían aplicarlo porque trasladaban los mayores costos salariales a los tiques y órdenes que pagaban los afiliados con mayores niveles de ingresos que los que existen en el interior.

Entonces, se va a llevar adelante una comisión de laudo único donde habrá una única visión, de un gremio. Cuando uno mira sus planteos, desde ya es amenazante para alcanzar los logros y las posibilidades de aplicación de ese laudo en el interior. El tercer aspecto es el de educación médica. Se crea una tercera comisión que va a determinar cuáles son las acciones de educación médica que se llevarán adelante con los fondos que vuelcan las instituciones. Por los antecedentes que tiene de gestión el Sindicato Médico del Uruguay en cuanto a los recursos que le tocó administrar desde el año 2007 en esa área, nos tememos que se pretenda aplicar modelos, técnicas y estrategias de educación médica que no van a alcanzar a todo el interior. Sería muy penoso que los médicos de localidades más lejanas no puedan acceder a los cursos de educación si se plantea lo mismo desde una visión centralista y montevideana, sobre todo si los temas que se pretenden desarrollar no están de acuerdo con las necesidades de aprendizaje y formación de los médicos del interior. Además, hay que tener en cuenta que los recursos que se destinen a la enseñanza de determinadas técnicas -que no se ven con frecuencia en el interior- no terminen siendo un desperdicio.

En todas esas instancias, la FEMI explícitamente fue excluida por el Sindicato Médico del Uruguay con el apoyo de algunas de las autoridades del gobierno. Nosotros vamos a seguir insistiendo en este reclamo. En el día de mañana tenemos una nueva entrevista con el doctor Jorge Basso para volver a plantear esta situación.

El tiempo pasa y los plazos se acotan. Estas comisiones a las que hacía mención tienen plazo de finalización que ya están corriendo. Son oportunidades que se pierde el país entero y el sistema de poder contar con todas las visiones a los efectos de resolver los problemas de la mejor manera posible. Nosotros no pretendemos imponer nuestra posición sino que queremos que la visión y la experiencia de los médicos del interior puedan ser consideradas en forma conjunta y en igualdad de condiciones que la de los demás representantes, a efectos de que los responsables de llevar adelante el sistema y la reforma cuenten con todos los elementos para hacerlo de la mejor manera.

Este es el objetivo de nuestra comparecencia hoy aquí: continuar insistiendo en reclamar los espacios de participación por esta vía, además de solicitar a esta comisión que considere intermediar frente a las autoridades de la salud porque, en definitiva, son las responsables de las medidas que se llevan adelante y de las consecuencias si es que ellas son equivocadas para que los médicos del interior puedan tener voz en las instancias de negociación, tanto en el ámbito privado como en el público, donde es importante reconocer las distintas realidades y las necesidades que tienen los hospitales del interior.

SEÑOR CONTRERAS (Gerardo).- Quisiera complementar la respuesta del presidente.

Como no hay participación en el Consejo de Salarios, hemos sido excluidos de la mesa de negociación. Esto fue ratificado el viernes pasado en una reunión que mantuvimos con la presidenta de ASSE, cuando nos confirma que no nos puede convocar para hablar de negociación porque esta se lleva adelante con el Sindicato Médico del Uruguay. Si bien podemos tener alguna vía directa para solucionar algún problema puntual en algún hospital del interior, para los temas importantes -como, por ejemplo, las condiciones de trabajo de los hospitales del interior-, hemos tomado el mismo camino, como recién decía el presidente, de dialogar con ASSE sobre la situación de los hospitales y no estar en la prensa. La propia presidenta de ASSE nos ratificó que la convocatoria a una mesa de negociación, que existió durante muchos años, ahora no será posible. Por lo tanto, también en ASSE quedamos aislados. Cabe aclarar que las condiciones en el interior se repiten exactamente igual que en el sector privado, por lo que esto nos preocupa aún más. A la reunión con la doctora Muñiz fuimos esperanzados porque además de esta resolución de nuestra asamblea en cuanto a dar estos pasos, deberemos rendir examen en la última semana del mes de noviembre en una asamblea prevista donde se evaluarán las respuestas que estamos obteniendo de los diferentes sectores.

SEÑOR BURGHI (Gustavo).- En la misma línea del doctor Contreras, lo grave de esta última situación es que si bien hay una ley que no nos permite estar presentes en el Consejo de Salarios como gremio, uno de los integrantes de la reunión que mantuvimos en el Edificio Libertad expresó claramente que no hay nada escrito de que podamos ser excluidos. O sea que esto es una decisión exclusivamente política.

SEÑOR PRESIDENTE.- El planteamiento que ustedes hacen es muy completo. Algunos de los diputados podemos conocer algún detalle más y, otros, que conocían menos, creo que se van con una idea clara de la situación tal cual fue planteada.

En el día de ayer recibimos a la comisión directiva de la SAQ, a los efectos de escuchar sus planteamientos, no tan completos en lo que tiene que ver con lo salarial, la educación médica continua, los cargos de alta dedicación, y el reclamo en la participación en las áreas. Si bien entendían que, de acuerdo con la ley de negociación colectiva, los gremios en representación de los trabajadores son los que tienen mayor participación -el Sindicato Médico y la FUS-, también hacían ver que desde 1993, desde la fundación de

las SAQ hasta 2012, conjuntamente con la Federación Médica del Interior participaban de todos los organismos o comisiones que salían del Consejo de Salarios. Ahora el reclamo es en el mismo sentido y solicitaron que la comisión medie en la búsqueda de una solución. Escuchando al presidente de la Federación Médica del Interior, se solicita algo similar, es decir que nos pongamos en contacto con las autoridades para expresar el acercamiento y buscar una solución.

En lo personal este tema me preocupa extremadamente porque en momentos de despegue de la reforma, de que se asiente el Sistema Nacional Integrado de Salud -que en sus principios costó, que no tiene piloto automático y que no funciona por sí solo-, estar embebidos en un tema gremial y de representación, como el que se está planteando, me parece desmedido. La actitud de la Federación de trabajar en busca del consenso, del diálogo, me parece madura.

Como en el día de ayer expresaba a las autoridades de las SAQ, la medida de suspender las cirugías quirúrgicas coordinadas en una escala de un día, tres y ahora cinco, me parece desmedida por el impacto que provoca en la población. De todas maneras, nos comprometimos a hacer las gestiones correspondientes a efectos de tratar de desactivar esa medida que se cumplirá en diez días. En el caso de ustedes es diferente, tenemos un mayor margen. Si bien en una asamblea FEMI evaluará la situación, no hay medidas gremiales de lucha previstas lo que dará más plazo para buscar una solución. Con el mismo espíritu de ayer trataremos de colaborar, trasmitiendo nuestra opinión. Desconozco la decisión que tomarán las autoridades. Si bien hay una parte de responsabilidad por no dialogar, por los cortocircuitos entre la Federación Médica del Interior y el Sindicato Médico del Uruguay -eso es así- la responsabilidad política de la conducción de la reforma, de buscar consensos y opiniones, es del Poder Ejecutivo. Por tanto, trataremos de contribuir a conformar una mesa de negociación en la que se hablen sobre estas cosas.

Por el momento es lo que podemos trasmitir. Estaremos en contacto por si surge alguna novedad.

Sería útil que la delegación nos acercara -si lo tuviere- algún documento comparativo respecto al impacto del laudo único en Montevideo y en el interior. Asimismo, saber qué opinan acerca de ir gradualmente hacía el laudo único, algo sobre lo que siempre, en nuestra faceta gremial, cuando estábamos de ese lado del mostrador, trabajábamos insistentemente contra el acto médico. Seguiremos trabajando desde los distintos lugares, antes como gremialista, luego como presidente de la Junasa y ahora como presidente de la comisión, contra el acto médico porque es la manera de mejorar. No quiero calificar, pero tenemos que mejorar.

Asimismo, estoy de acuerdo con el laudo único nacional; esos procesos son continuos, dinámicos y tenemos que ir adaptándolo a las necesidades del momento. En ese camino nos tendrán siempre.

SEÑOR IBARGOYEN (José Pedro).- Desde el año 1966 -así lo dictaminan nuestros estatutos- las autoridades de FEMI y el comité ejecutivo está integrado por cinco miembros, que se eligen por la participación no obligatoria pero sí secreta de los médicos agremiados en los gremios médicos -no de los médicos que participan de las instituciones-, trabajen o no en FEMI. Esto es así desde hace casi cincuenta años y determina que la representatividad única, exclusiva, reconocida por parte de nuestros estatutos, de la legislación y del derecho es la del comité ejecutivo con una participación de los médicos promedio superior al 55% de los médicos agremiados y en algunas instancias de lucha electoral, de más del 68%.

Han querido las circunstancias que en determinadas instancias algunos directivos o presidentes electos por ese mecanismo sean además directivos de las instituciones, por ejemplo, un colega nuestro y de ustedes, expresidente de FEMI, el doctor Mier, quien en su momento fue el director técnico de I.A.C.

Pero ese mecanismo también permite que este presidente jamás haya ocupado ni ocupa algún cargo directriz en la institución de FEMI de Salto. Jamás. Soy médico gastroenterólogo, trabajo como tal en la institución y nunca he ocupado algún cargo. Es más: la doctora Marta Moraes que se presenta en el mismo régimen -si me permite, señor presidente, voy a corregirlo, la representación gremial de los cinco miembros es exactamente la misma- no integra siquiera la sociedad de su institución. Tenemos convenios suscriptos entre gremios e instituciones que promueven el ingreso como socios de los médicos que trabajan en las instituciones. Para diciembre de este año nos pusimos como meta -es un convenio que ya lleva casi tres años- que más del 50% de los médicos que trabajan en las instituciones de FEMI sean socios, es decir, que tengan derecho a participar en la gestión política, en las asambleas de las instituciones. Este es un compromiso que la FEMI ha adoptado desde hace mucho tiempo, que no lo tiene ninguna otra institución asistencial del país, ni siquiera aquellas que tienen nuestra misma forma jurídica como, por ejemplo, Casmu -ex Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay- y Cosem, instituciones de asistencia médicas privadas de profesionales. Es decir que algo a lo que la ley no nos obliga lo hemos asumido desde hace mucho tiempo porque creemos que en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud y con el manejo responsable que debemos tener de los recursos limitados que el país dispone para la atención de salud, cuanto más comprometemos a los médicos en la gestión de las instituciones, mejor serán los resultados asistenciales y los rendimientos económicos.

La única entidad elegida por participación de todos los médicos del interior es el comité ejecutivo de FEMI, cuya distribución proporcional de los cargos se hace según lo determina el reglamento de la Corte Electoral. En las últimas tres o cuatro elecciones ha habido luchas electorales con representación participativa, con gente que en algún momento tuvo que compartir cargos de gestión institucional, pero en otros casos -como en el de la doctora Moraes y en el mío-, sin tener absolutamente ningún vínculo, pero con el mismo principio gremial de médicos trabajadores.

SEÑOR PRESIDENTE.- La comisión agradece la presencia de los integrantes del Comité Ejecutivo de FEMI.

Se levanta la reunión.

≠